



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**“PRESENCIA DE ESTIGMA HACIA LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD MENTAL ENTRE GRUPOS DISTINTOS DE
PROFESIONISTAS MÉDICOS Y NO MÉDICOS”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
DR. ALFREDO LICONA MARTÍNEZ

TUTOR TEÓRICO:
DR. FERNANDO LÓPEZ MUNGUÍA

TUTOR METODOLÓGICO:
DR. FÉLIX AMBROSIO GALLARDO

MÉXICO, D.F., AGOSTO DE 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Presencia de estigma hacia los pacientes con enfermedad mental
entre grupos distintos de profesionistas médicos y no médicos”*

ALUMNO DE POSGRADO EN CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA:

Dr. Alfredo Licona Martínez

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

ASESORES:

Dr. Fernando López Munguía

Médico Adscrito de Hospitalización
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Dr. Félix Ambrosio Gallardo

Jefe del Servicio de Investigación
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi vida y ayudarme en todo lo que he logrado.

A MIS PADRES:

Laura y José: que desde donde se encuentren, sé que siempre están conmigo y que el éxito obtenido es gracias a su esfuerzo, quienes sin estimar sacrificio alguno siempre me brindaron cariño, amor, formación y educación.

A MI ESPOSA:

Mi amada doctora Lupita, por ser mi inspiración, que gracias a su comprensión, cariño y sobre todo paciencia a lo largo de estos años, siempre me has apoyado y ayudado a seguir adelante juntos.

A MIS HERMANOS:

Álvaro y Maribel, gracias porque los dos han aportado las bases sobre las que me sustento, así como apoyarme en todo lo que he necesitado sin importar tiempo ni sobre todo la distancia, que por distintas circunstancias hemos tenido que enfrentar...

Y a mis sobrinitas que tanto quiero, Laura y Regina, que llenan de alegría y cariño mi vida...

A MI FAMILIA:

Mis suegros que han sido en estos años como mis padres, también a mis cuñados que son parte importante en mi camino, gracias por todo.

Finalmente, a la Dra. Adriana Zenteno quién definitivamente me ha dado todo el apoyo y siempre tendré presente como parte fundamental en mi formación. Así como al Dr. Félix Ambrosio que sin su ayuda no hubiera culminado esto

Y a todos los que no he nombrado pero que siempre estarán ahí... **Gracias!!!**

ÍNDICE

I.	Resumen	1
II.	Marco teórico	2
III.	Antecedentes	11
IV.	Planteamiento del Problema	16
V.	Justificación	17
VI.	Hipótesis	18
VII.	Objetivos	19
VIII.	Metodología	20
IX.	Consideraciones éticas	24
X.	Resultados	25
XI.	Discusión	32
XII.	Limitaciones del estudio	34
XIII.	Conclusiones	35
XIV.	Referencias bibliográficas	36
XV.	Anexos	40

I. RESUMEN

El estigma y la discriminación relativos a personas con enfermedad mental son objeto de renovado interés (estudios, iniciativas y programas de intervención) en años recientes. Dicho interés que incluye la pertinencia en nuestro campo de conceptos sociológicos más generales y apunta a distintas barreras sociales presentes en nuestras sociedades, con componentes cognitivos y emocionales y negativas consecuencias sobre las personas con enfermedades mentales severas y sobre el propio sistema de atención en salud mental. Barreras que, además de efectos directos sobre la dignidad y autoestima de dichas personas, dificultan su acceso a condiciones básicas para el ejercicio de derechos ciudadanos, así como a los servicios de atención.

SUMMARY

The stigma and discrimination of people with mental health problems has become a subject of renewed interest (studies, initiatives and intervention programs) in recent years. This interest is linked to the application in our field of different general sociological theories and concepts, and to the role of different social barriers, with cognitive, affective and behaviour-related components, having negative consequences in our societies for people with severe mental disorders and for the mental health care system. Barriers with direct effects on the dignity and self-esteem of these individuals, and which make citizenship and care in the community of people with these kinds of problems difficult.

II. MARCO TEÓRICO

El interés por la actitud hacia los pacientes con enfermedad mental y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre las mismas es una constante en el marco de la atención a la salud mental. Así, se ha formado un fenómeno social que se resume bajo el término *estigma* y que no afecta sólo a las personas con enfermedad mental, sino que también a las relaciones que la mayoría de la población establece con determinados grupos minoritarios.

En realidad con el término hacemos referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos. Así pues, convendrá definir algunos términos al respecto:

Etimológicamente actitud deriva del latín “actus” que significa conveniencia, adaptabilidad; connotando así la actitud como un estado mental o subjetivo para la acción. Por lo tanto se entiende que es la suma total de inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier asunto específico, por lo tanto, la actitud de un individuo se reconoce como una cuestión de índole subjetiva y personal.

Las actitudes se constituyen de tres elementos:

- Componente afectivo: se refiere a los sentimientos y emociones ligadas al objeto actitudinal, un sentimiento a favor o en contra de un objeto es lo realmente característico de una actitud.
- Componente cognitivo: es el conocimiento que se tiene acerca del objeto, el número de elementos del componente cognitivo varía de una persona a otra; en general consiste en las percepciones, creencias y estereotipos del sujeto.
- Componente conductual: es la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Son conductas coherentes, y afectos relativos a los objetos actitudinales.

Las actitudes cuentan con ciertas propiedades:

- Dirección: las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables.
- Magnitud: se refiere al grado favorable o desfavorable de una actitud.

- Intensidad: se refiere a la fuerza de los sentimientos asociados a una actitud.
- Ambivalencia: está relacionada con la concepción de dirección en términos bipolares.
- Diferenciación afectiva: es el grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud (afectivo, cognitivo y conductual) pueden ser considerados por sí mismo como una propiedad.
- Complejidad: se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud.
- Externalización: es la característica del aspecto conductual, puede definirse como el grado de manifestación de la actitud.
- Aislamiento: una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos.
- Flexibilidad: es la facilidad con la que una actitud puede ser modificada.
- Conciencia: es la tendencia de la conducta sin el complemento fenomenológico directo, es la actitud en la cual los componentes cognitivo y afectivo están ausentes o son verbalizados por la persona.

En la salud mental entonces, esto se manifiesta como una predisposición de la persona, adquirida directa o indirectamente y que conduce a evaluar positiva o negativamente al enfermo mental. Esta predisposición, en interacción con características disposicionales y situacionales lleva al individuo a actuar frente a la enfermedad dentro de un continuo que varía desde una respuesta favorable hasta una completamente desfavorable.

Desde los años 50 y 60 del pasado siglo y en un contexto de emergencia de movimientos alternativos a las políticas de reclusión institucional, se empieza a considerar que esas actitudes son un factor negativo de repercusiones complejas, estrechamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención y que constituyen, de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades.

Aunque el efecto es general sobre distintos tipos de problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos mentales graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y /o de los distintos aspectos relacionados con lo que, en lenguaje más técnico, denominamos “calidad de vida”: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud.

A ese respecto, el hecho de que el interés y la preocupación continúen y se acrecienten en las últimas décadas, como muestra la abundante bibliografía producida en este tiempo, además de reflejar el creciente consenso al menos profesional hacia políticas comunitarias, indica también que estamos ante un fenómeno o grupo de fenómenos considerablemente complejos y resistentes al cambio.

Pero también es verdad que, durante estos años y especialmente en los 15 o 20 últimos, se han ido acumulando y así lo refleja también la literatura, un conjunto de conocimientos que derivan de la creciente reflexión teórica e investigación multidisciplinar sobre el mismo desde la propia Psiquiatría, pero también desde la Psicología, la Psicología Social y la Sociología, disciplinas que en este caso van de la mano tanto con respecto a los mecanismos básicos que pueden explicar este complejo fenómeno social, como a sus consecuencias sobre las personas afectadas, las familias y los sistemas de atención, así como sobre distintas intervenciones que con menor o mayor grado de éxito vienen intentando cambiarlo.

Haciendo análisis del tema, Goffman utiliza así el término *estigma* para referirse a un “atributo profundamente desacreditador”, es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado de que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee; probablemente se trate un fenómeno universal que guarda relación con los procesos de categorización social, con bases tanto biológicas como psicológicas y sociales, y que simplifica y resume de manera básicamente eficiente información muy diversa y compleja, con una función inicialmente defensiva para la sociedad y/o sus grupos sociales mayoritarios: además de fomentar la cohesión de la mayoría social, ayuda por ejemplo a identificar “a primera vista” amigos y enemigos probables.

Aunque sea a costa de simplificar en exceso la visión y generar por ello dificultades y complicaciones añadidas, tanto a las personas afectadas, que ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación, como al conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida.

Se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas (extranjeros, enfermos, delincuentes,...) Goffman diferenciaba en principio tres tipos de “marcas”, según derivadas en defectos físicos, “defectos de carácter” o de factores étnicos. Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en

una misma persona, generando discriminaciones “duales” o múltiple (mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico...).

Como sucede en general con los fenómenos sociales que se conceptualizan bajo el término “actitudes”, se encuentran componentes cognitivos, afectivos y conductuales, como ya vimos anteriormente, diferenciados pero interrelacionados y que hacen referencia básicamente a como se clasifican personas o cosas en términos de “bueno/malo”, “deseable/indeseable” y “aproximable/rechazable”.

En concreto, en el caso de las actitudes vinculadas al estigma social, podemos distinguir a ese respecto entre:

- a. “*estereotipos*”, conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo,
- b. “*prejuicios*”, predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas, y
- c. “*discriminación*”, o propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros: parecería que los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta, pero las relaciones de causalidad son en gran medida circulares, con refuerzos múltiples. Aunque, no obstante y para hacer más compleja la situación y mostrar, por otro lado, lo poco que sabemos todavía al respecto, la información disponible señala que no siempre resultan totalmente congruentes entre sí, ni siempre determinan de manera directa la conducta real.

Además, cuando se habla de “*discriminación*”, se debe diferenciar también lo que podemos entender como “propensión a la acción” o “distancia social deseada”, de las acciones reales o conductas efectivamente discriminatorias hacia los miembros del otro grupo. Pero también y más allá de las dimensiones interpersonales, de lo que, desde la Sociología, se le llama “discriminación estructural”, que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes y que, de forma más o menos intencionada o explícita, juega un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su

refuerzo general al proceso.

En cualquier caso, la distinción entre esos diferentes aspectos es clave, ya que se suele dar mayor importancia a los componentes cognitivos de las actitudes y así tendemos a pensar que pueden cambiarse básicamente con información, lo que resulta en la práctica excesivamente simplista; tanto las tres dimensiones de las actitudes como las conductas derivadas y la discriminación estructural son importantes y requieren intervenciones específicas.

La asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del “proceso de estigmatización” (“stigma process”) que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos:

- a. la distinción, etiquetado (“labeling”) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas,
- b. la asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes,
- c. la consideración de esas personas como un grupo diferente y aparte (“ellos” frente a “nosotros”),
- d. las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal
- e. la pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas, y
- f. la existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición.

Hay que señalar entonces también que la investigación psicológica y sociológica identifica diferentes estrategias para manejar las dimensiones personales del estigma (su internalización o “auto-estigma”), poniéndose últimamente el acento en las posibilidades de autoafirmación, que permiten a una minoría de las mismas, en conexión con factores personales pero también grupales, hacer frente a las negativas consecuencias del proceso.

Un problema igualmente complejo y no bien conocido, en el que los componentes cognitivos pueden modificarse con información, pero sus repercusiones en la conducta suelen ser escasas y de poca duración, dado el peso de los componentes emocionales y conductuales, así como el de las disposiciones sociales (“estigma estructural”).

En general son necesarios procesos complejos de información, interacción social y modificación estructural para que el cambio sea real y sostenido.

En lo que respecta a las estrategias generales de lucha contra el estigma, desde la Sociología se señalan tres entre las más habituales: la protesta, la educación y el contacto social. La primera parece tener por sí misma una efectividad inicial, pero suele perder peso a largo plazo, además de incluir riesgos de inducir fenómenos de “rebote”, siendo las otras dos y especialmente la última las más prometedoras, en concordancia con investigaciones psicosociológicas más generales, en referencia también a las personas con enfermedad mental.

Y, por último, un aspecto clave para hacer frente al estigma y sus consecuencias es el de su correcta identificación y medida, tanto para conocer las situaciones a las que hay que enfrentarse como para valorar la efectividad de nuestras intervenciones. Y aquí no podemos olvidar que, como muchos otros aspectos estudiados por la Psicología y la Sociología, estamos haciendo referencia a conceptos contruidos desde ellas para intentar conocer mejor fenómenos que resultan habitualmente observables de manera muy parcial e indirecta (a través de conductas individuales) y cuya comprobación empírica introduce un número considerable de mediaciones teóricas e instrumentales, que hacen bastante discutibles las “medidas” obtenibles.

Estas, por tanto y en lo referido al estigma, son indirectas y parciales, estableciéndose básicamente a partir de los distintos componentes del proceso de estigmatización anteriormente descrito: etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus, discriminación percibida, discriminación estructural y conductas de respuesta.

De hecho las medidas concretas publicadas, se agrupan según se basen en aspectos como la “distancia social” (predisposición para distintas formas de interacción personal), el empleo de “diferenciales semánticos” (tendencia a relacionar la etiqueta que define el grupo estigmatizado con determinados atributos negativos), los estudios directos de opinión (habitualmente susceptibles de ser analizados considerando determinados factores, como autoritarismo, restrictividad social, benevolencia, mismas que se traten en esta investigación.), o las medidas de atribución (relacionadas con las reacciones emocionales).

Lo primero que hay que decir es que, aunque se habla de un fenómeno unitario (estigma y enfermedad mental), nos encontramos también con una cierta diversidad, las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado, son variables en relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan y en las que se miden.

Las actitudes sociales hacia las personas con enfermedad mental no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde problemas de salud mental “que pueden afectarnos a todos” y podemos entender (ansiedad, depresión, etc.), hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la “locura” (esquizofrenia y similares).

Destacando en el caso de los trastornos más comunes, hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención (psicoterapias) así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades presentando una creciente diferencia con los trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos y que, se ven afectados también por el estigma. Asociados a esta idea de estigma se encuentran sentimientos (“prejuicios”) de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre “manteniendo la distancia”. Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional.

Habitualmente los estudios reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto (“ellos” frente a “nosotros”), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona “es” esquizofrénica y no que “tiene” o “padece” esquizofrenia.

Elementos que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades, y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Pero hay que señalar también que esos contenidos no solo se encuentran en los distintos sectores de la población general sino que aparecen también entre profesionales sanitarios e incluso en quienes trabajan en Salud Mental.

Es llamativo, además de preocupante, que, aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las “enfermedades” es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de “distancia social” hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, algunos estudios muestran además por ejemplo, como, en el caso de psiquiatras, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia.

El estigma hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles, en unos casos comunes a las de otros grupos estigmatizados y en otras lógicamente más específicos. Y también aquí, aunque el análisis debe diferenciar aspectos y factores, en la vida cotidiana, las interacciones, mayoritariamente negativas, son habituales.

El primer grupo de repercusiones estudiado es el referido a las propias personas estigmatizadas, aunque también se describen repercusiones sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental.

Las personas más directamente afectadas, es decir aquellas que padecen trastornos mentales graves, experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente como resultado de la discriminación personal y estructural que les afecta y los derivados de su propia autoestigmatización.

En este último aspecto intervienen además varios tipos de factores, relacionados con la internalización de los estereotipos prevalentes y con las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también con sus propias estrategias de manejo del problema. Aunque, a la hora de medir los efectos prácticos sobre su vida, no siempre sea fácil diferenciar esas diversas causas.

A este respecto suelen olvidarse efectos derivados de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc.

Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios, juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no solo de la familia o el entorno social. Y también que la atención

sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales.

En cuanto a la propia estigmatización, los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad.

En general, la autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio...

III. ANTECEDENTES

La actitud hacia la enfermedad mental ha acompañado al hombre desde su aparición primero como individuo y después en forma organizada como sociedad, esto se ha demostrado en diversos registros de la historia de la enfermedad mental, como algunos que se comentan a continuación llegando hasta nuestros días.

En la antigüedad las enfermedades mentales representaban una crisis en el sistema mágico-religioso y eran atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y a posesiones demoniacas. El tratamiento de la enfermedad mental era encomendado a un chamán que aparece como especie de método inspirado, muy vulnerable a la posesión de espíritus y que es el medio a través del cual hablan éstas

En las culturas griega y romana se creía que las personas que tenían estas enfermedades estaban poseídas por espíritus diabólicos, sin embargo, existen algunos indicios de que los enfermos también podían ser considerados como sagrados. Los casos de mediana gravedad eran abandonados como objetos de desprecio, ridículo y burla.

En Mesopotamia si los enfermos llegaban a amenazar el orden público o la paz, la actitud de la sociedad hacia ellos se tornaba cruel, los expulsaban de la comunidad o bien se cree que la suerte que corrían era aquella de quienes portaban “el espíritu” de adivinación o el espíritu del muerto, es decir, se les podía condenar a muerte a causa de esos espíritus malos y de esos demonios que se habían apoderado de ellos, por lo que muchos huyeron a los bosques donde se les olvidó, empeoraron y se convertían en el terror de quienes tropezaban con ellos.

Las prácticas supersticiosas continuaron determinando la actitud popular hacia los enfermos mentales, que eran descuidados, maldecidos o perseguidos. Durante la época medieval los enfermos mentales o personas afectadas por un trastorno psíquico ya sea en forma transitoria o permanente no eran segregados, incluso con frecuencia eran adorados como santos.

En el siglo XIII los pacientes eran considerados como fenómenos raros, o de manera más amable, como desgraciados.

Es hasta la mitad del siglo XX cuando se despierta el interés en la investigación acerca de la manera en cómo se percibe la enfermedad mental y las actitudes hacia ella, iniciándose con el estudio de Nunnaly en 1957 acerca del tipo de información que tiene la población sobre los problemas de salud mental, limitándose a los trastornos mentales serios, como psicosis, neurosis y conductas en deficientes mentales, encontrando que el hombre común no estaba mal

informado sino mas bien su conocimientos no estaban bien estructurados y se expresaba sin mucha seguridad.

También en 1957, Garly en una muestra sistemática basada en la clase social utilizando un cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental encontró que no hay diferencias de una clase social a otra respecto a la actitud que asumen hacia la enfermedad mental.

Cohen J y Struening durante 1962, realizaron un estudio con personal de dos importantes hospitales psiquiátricos buscando conocer las opiniones acerca de la enfermedad mental del personal de ambos nosocomios, utilizando escalas que miden distintas actitudes autoritarismo, benevolencia, restrictividad e ideología de la comunidad, las cuales se definen a continuación:

1. Autoritarismo. Es la visión del enfermo mental, el cual pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.
2. Benevolencia. Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo.
3. Restrictividad social. Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social, particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido su funcionamiento.
4. Ideología de la comunidad. Mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre el enfermo mental; en general la tolerancia para la aceptación social del enfermo mental.

Así vemos que a lo largo del tiempo han surgido varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental, así los primeros cuestionarios que se utilizaron fueron los tipo Lickert, entre los cuales resalta el ya comentado que se elaboró por Cohen y Struening y el CMHI (ideología de la custodia de enfermos mentales) que fue elaborado por Baker y Schulberg en 1967. Todos estos instrumentos se han ido reestructurando por otros autores, así Taylor elaboró el AMI (cuestionario sobre la actitud hacia la enfermedad mental) que fue utilizado por primera vez en Canadá.

Posteriormente en nuestro país, Nátera G, hace la validación de dicho cuestionario, en un estudio con dos poblaciones; una de bajos recursos y otra de altos recursos, no se observaron diferencias significativas en la manera en cómo se percibe la enfermedad mental; se le atribuyen características de tipo psicosocial. En ésta actitud influye la manera como se vislumbran los elementos de agresión, de peligro y de impredecibilidad de la conducta del enfermo mental.

Nuevamente Nátera G y Casco M, para 1987 hacen una revisión de la bibliografía acerca de la actitud hacia la enfermedad mental, no encontraron diferencias significativas en los autores revisados a lo largo de su investigación bibliográfica, comentando a manera de conclusión que los resultados demuestran

que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del sujeto, así como la influencia de variables socio demográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de su comunidad; a medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental, y a medida que tienen más edad se muestran menos favorables hacia éste tipo de pacientes.

Resaltando entonces la gran variabilidad en los distintos resultados de los estudios realizados hasta la actualidad, algunos refieren tendencias al rechazo, otros observan aceptación y también coincidencias en distintas variables como educación, jerarquía ocupacional, edad, sexo, que finalmente logran influir en la actitud hacia la enfermedad mental.

Así, por ejemplo durante 1980, en Estados Unidos se utilizó un cuestionario de 190 reactivos extraídos del MMPI y 33 de trastornos mentales, se concluyó que los sujetos con más educación atribuyen más características a los enfermos mentales; la clase social alta les atribuye disfunciones cognoscitivas a pacientes psiquiátricos, la clase media les atribuye irresponsabilidad social y falta de moralidad, la clase baja les atribuye a la enfermedad una inadecuación social.

Parra en 1985 refiere que la forma en la cual los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental, puede determinar la manera en que el individuo experimenta este tipo de problemas, los reconoce y decide buscar ayuda para resolverlos, y que en general el uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud dependen de esta situación.

Montesinos en México, durante 1987 que comparó la actitud entre residentes de primer y tercer año sin haber diferencias significativas, pero lo que destacó es que hubo mayor actitud positiva hacia el autoritarismo y hacia la restrictividad y más negativa hacia la benevolencia y hacia la ideología de la comunidad.

En el año de 1991 en México, Lozano comparó la actitud hacia la enfermedad mental en médicos residentes de psiquiatría y de otras especialidades, teniendo que en resultados totales por grupos no se encontraron diferencias significativas, siendo los grupos muy similares y que ninguna de las actitudes que estudia el cuestionario es favorecido por el entrenamiento psiquiátrico, y sólo tiende a crear una actitud más positiva en cuanto al autoritarismo, sin que esto globalmente sea diferente a la actitud de los médicos residentes que no tienen contacto con pacientes psiquiátricos; concluyendo que los residentes de psiquiatría son discretamente menos benevolentes pero a la vez menos restrictivos que los de otras áreas, y en cuanto al autoritarismo e ideología son similares.

Otro estudio también en nuestro país en 1993, Ruiz evaluó la evolución de la actitud hacia la enfermedad mental de acuerdo al grado de adiestramiento en psiquiatría encontraron que no existe relación entre el grado de entrenamiento y su actitud en cuanto la enfermedad mental. Ya para 1996, Alba realiza otra investigación donde se encontró que existe influencia en la actitud hacia la enfermedad mental de acuerdo a la edad y el sexo así como que el factor escolaridad es el de mayor influencia en la actitud.

Este fenómeno como se ha dicho prevalece en todo el mundo, Crisp y cols en 2000 llevaron a cabo una encuesta en Reino Unido, con el fin de conocer las opiniones y actitudes hacia las enfermedades mentales; el alcoholismo, la adicción a drogas y la esquizofrenia obtuvieron las opiniones más negativas, ya que consideraban a estos pacientes como impredecibles y sobre todo violentos, también se encontró que en el caso de la esquizofrenia, aunque se tenía el conocimiento de que no es culpa del paciente, los entrevistados preferían no tener contacto social.

En 2003, Arboleda-Flórez comentan sobre los conceptos negativos que se tienen de los enfermos mentales y que provienen de la ignorancia, la falta de atención y muy importante como también ya se ha comentado de los estereotipos del “asesino psicótico” que frecuentemente son reforzados por los medios de comunicación. El público en general tiene la noción de que estos pacientes son impredecibles, que son débiles sin voluntad o que tienen un coeficiente intelectual bajo; la falta de información y la influencia de los medios es tal que en algunos países como en Estados Unidos 55% no cree que existan las enfermedades mentales y sólo un 1% considera que estos padecimientos constituyen un problema de salud importante.

En 2004, Ertugrul y Ulu, estudiaron cómo perciben los pacientes el estigma y cuánto les afectaba en la presentación de síntomas; encontraron que los pacientes que percibían discriminación y estigma presentaban una intensificación de síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y negativos (aplanamiento afectivo, aislamiento), así como calificaciones más altas en el PANSS, principalmente en síntomas positivos. Asimismo, estos pacientes que percibían el estigma, presentaban disminuciones en sus capacidades de relacionarse con otros, entender y comunicarse con el mundo, autocuidado y manejarse en el mundo, incluso se reportaron mayores niveles de ánimo depresivo y desmoralización.

Finalmente, también en 2004 destaca la investigación de Santillán en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, donde comparó el cambio en la actitud del personal médico posterior a un curso de información sobre los trastornos psiquiátricos más frecuentes, incluyeron 60 sujetos quienes modificaron su actitud, además que a mayor nivel educativo mayor actitud favorable así como cambios significativos en la escala de benevolencia e ideología de la comunidad, sin cambios en el autoritarismo y restrictividad social.

Vemos entonces como dicho fenómeno ha cobrado nuevamente relevancia en el campo de la salud mental, por ejemplo, la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental afirma que el estigma asociado a la enfermedad mental resulta el principal problema que afecta a estos pacientes y también a sus familiares al tiempo que conlleva que sus recursos asistenciales sean menores con respecto a otras enfermedades que suelen ser más comunes o que tienen mejor aceptación.

Así, en la actualidad, la enfermedad mental se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad en el mundo, aunque la asistencia no llega a una gran mayoría de las personas que la padecen. Esta situación se ve agravada por las consecuencias del prejuicio social y el *estigma* en torno a la misma, lo cual hace "aún más difícil la adecuada atención para estos enfermos".

Según la fundación, la actitud negativa hacia las personas que padecen un trastorno mental se puede encontrar en todos los niveles de la sociedad y afecta a aquellos que los padecen, a sus familiares, a los profesionales que los atienden, al sistema sanitario general y globalmente a toda la sociedad.

Concluyendo y de acuerdo a Stuart, estas actitudes influyen negativamente en dichos pacientes, ya que limitan la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y la calidad de vida de los pacientes así como de sus familiares.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha visto en varios reportes de la literatura previos, relacionados con la actitud hacia la enfermedad mental que el sexo, la edad, la escolaridad, la religión y la cultura influyen en la percepción y la actitud que se tiene hacia la salud o la enfermedad mental por parte del personal dedicado a su atención, por lo que ahora en esta investigación se plantea determinar *¿si existe estigma hacia pacientes con enfermedad mental entre grupos distintos de profesionistas médicos y no médicos?*, considerándolo como la actitud negativa hacia dichos pacientes.

V. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de años previos, se han hecho ya distintos estudios al respecto, siempre por la necesidad de conocer cuál es la actitud hacia la enfermedad mental en distintos grupos ya sea de estudiantes de medicina, médicos y personal en general dedicado al cuidado de la salud, recientemente se habla de dicha situación denominándolo como el estigma que se presenta hacia los pacientes con enfermedad mental mismo que prevalece en gran parte de la población; así, desde décadas anteriores se ha podido obtener una visión de cómo influye la cultura, el aprendizaje y la formación integral en el cambio de actitudes, generalmente encontrando que ante mayor jerarquía de conocimientos es más favorable la actitud hacia la enfermedad, sin embargo parece esto no ser determinante al hablar del estigma propiamente dicho.

Todo lo anterior toma vital importancia al observar que en los últimos años en nuestro país, la necesidades de atención en salud mental ha ido en incremento, incluso se ha encontrado que los adultos que asisten a la consulta médica general pueden presentar algún tipo de enfermedad mental independientemente de su problema médico, pero finalmente dicho problema no logra ser identificado, siendo una de las razones principales el que no haya adecuada información respecto del campo de la salud mental, volviéndose un factor directamente asociado a una opinión negativa sobre las enfermedades mentales. Por esto, es imperante conocer el estado actual del estigma que existe en nuestro medio hacia los pacientes con enfermedad mental, la información que se obtenga podrá ser utilizada para establecer programas de educación para familiares de pacientes ulteriormente para la sociedad en general, como se realiza en otros países mejorando así el pronóstico en cuanto a la evolución de nuestros pacientes.

La diferencia principal con respecto a estudios previos es que en este estudio los grupos serán más homogéneos en cuanto a su preparación académica, lo cual en las investigaciones previas ha sido un factor negativo en los resultados finales, por lo cual cobra gran relevancia este proyecto de investigación, además de que no se han encontrado en nuestro país investigaciones actuales al respecto.

VI. HIPÓTESIS

- Hipótesis de Investigación.
Si existen diferencias significativas en la actitud hacia la enfermedad mental entre los distintos grupos de profesionistas médicos y no médicos.
- Hipótesis Nula.
No existen diferencias significativas en la actitud hacia la enfermedad mental entre los distintos grupos de profesionistas médicos y no médicos.

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de estigma (actitud negativa) hacia los pacientes con enfermedad mental, entre los distintos grupos de profesionistas médicos y no médicos incluidos en este estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la actitud del personal médico hacia la enfermedad mental en los distintos grupos de especialistas médicos.
- Evaluar la actitud hacia la enfermedad mental de un grupo de profesionistas no médicos.
- Establecer una comparación entre las diversas actitudes hacia la enfermedad mental que manifiestan los integrantes de cada uno de los grupos de profesionistas médicos y no médicos.

VIII. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo transversal, descriptivo, de correlación y comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se tomó población de médicos residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, complementándose con otras instituciones donde se cursó la especialidad de psiquiatría; y de distintas especialidades médicas tomando participantes del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, del Hospital General Dr. Manuel Gea González, del Hospital Infantil de México Federico Gómez; incluyendo además profesionistas de licenciatura en Psicología ó quiénes cursen los últimos semestres; y finalmente de otras licenciaturas que no se relacionen con el área médica.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se contó con 4 grupos de estudio, incluyendo personal médico y profesionistas de otros campos, destacando que uno de los grupos funcionó como control para hacer válida la comparación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE INCLUSIÓN

1. Ser médico general, actualmente cursar el primer año de una especialidad médica
2. Haber terminado una licenciatura de otra profesión no médica, o estar en los dos últimos semestres de la misma
3. Aceptar participar en el estudio
4. Tener entre 23 y 33 años de edad.

DE EXCLUSIÓN

1. Que los profesionistas tengan un familiar con una enfermedad mental diagnosticada.
2. No aceptar participar en el estudio

DE ELIMINACIÓN

1. Los cuestionarios que no sean terminados

VARIABLES

Actitud hacia la enfermedad mental

Profesión, edad, género, estado civil, especialidad y número de hijos.

Descripción de variables.

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICIÓN	TIPO VARIABLE DE
Actitud hacia la enfermedad mental	Predisposición de la persona, adquirida directa o indirectamente y que conduce a evaluar positiva o negativamente al enfermo mental.	Negativa o positiva	Cualitativa nominal
Profesión	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que recibe una retribución.	Médico, Psicólogo, Licenciado en...	Cuantitativa continua
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años	Cuantitativa continua
Género	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o las plantas	Masculino o Femenino	Cuantitativa continua
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Soltero, casado, divorciado, unión libre	Cuantitativa continua
Especialidad	Cada una de las diferentes áreas de la medicina	Médicas quirúrgicas o	Cuantitativa continua

Número de hijos		Número entero	Cuantitativa continua
------------------------	--	----------------------	----------------------------------

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

Se utilizó el cuestionario de Actitud Hacia la Enfermedad Mental de Taylor.

Cada escala está constituida por 10 oraciones, 5 de ellas expresan sentimientos positivos y las otras 5 sentimientos negativos de la categoría que se está midiendo. El formato de respuesta es de tipo Lickert, por cada escala de 5 reactivos su puntuación es de 1 a 5 en los otros 5 su puntuación es de 5 a 1. Los resultados en cada escala están en un rango de 10 a 50.

El valor negativo es de 10 y significa una actitud negativa hacia lo que mide la escala. El valor de 50 significa una actitud positiva hacia lo que mide la escala. Así para las cuatro escalas, series de cuatro preguntas corresponden cada una a una escala; así la pregunta uno mide autoritarismo, la pregunta dos mide benevolencia, la pregunta tres mide restrictividad, a pregunta cuatro mide ideología de la comunidad, la pregunta cinco mide autoritarismo y así sucesivamente hasta la pregunta cuarenta.

1. Autoritarismo. Es la visión del enfermo mental, el cual pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.
2. Benevolencia. Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo.
3. Restrictividad social. Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social, particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido su funcionamiento.
4. Ideología de la comunidad. Mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre el enfermo mental; en general la tolerancia para la aceptación social del enfermo mental.

Para la calificación final se complementan la escala de autoritarismo con restrictividad social y la de benevolencia con ideología comunitaria, el rango negativo o desfavorable va de 20 a 49, el rango neutral va de 50 a 70 y el positivo o favorable va de 71 a 100.

Este cuestionario tiene validez y confiabilidad a partir de la investigación de Taylor, aplicando el test de Combrach manejando reactivo contra total de reactivos, obteniéndose en las cuatro escalas altos niveles de significancia, la mayoría con nivel de 0.001.

PROCEDIMIENTO

Se entregó hoja de Consentimiento Informado, misma que los participantes leerán y deberán firmar para confirmar su autorización en esta investigación.

Una vez firmada la carta de Consentimiento Informado se aplicará *cuestionario Actitud hacia la Enfermedad Mental* a los distintos profesionistas tanto médicos como no médicos que hayan aceptado participar en la investigación, con la instrucción de que dichos cuestionarios serán para la realización de una investigación sobre actitudes y así conocer el estigma hacia pacientes con enfermedad mental, insistiendo en que deberán responder con toda sinceridad, garantizándose la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Entregados los cuestionarios se procedió a la codificación de los datos, así como a su tratamiento informático para la realización del análisis estadístico, para el cual se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for social Sciences (SPSS) V.16* para Windows. Donde se analizó estadística descriptiva, media, desviación estándar, frecuencia y prueba de T; así como se utilizará Prueba de Robustez de Welch y de Brown Forsythe.

RECURSOS

Se contó con 4 grupos de estudio, distribuidos como sigue:

Grupo 1. Profesionistas con licenciatura en medicina actualmente en el primer año del curso de especialización en psiquiatría.

Grupo 2. Profesionistas con licenciatura en medicina actualmente cursando alguna especialidad en distintas ramas de la medicina.

Grupo 3. Profesionistas con licenciatura en psicología o cursando los 2 últimos semestres de dicha licenciatura.

Grupo 4. Profesionistas con licenciatura en otros campos ajenos al área médica.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de intervenciones ni maniobras. De cualquier manera al abordar a sujetos candidatos a participar en el estudio se les explicará el objetivo del mismo, así como los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán de manera libre y personal su participación.

X. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

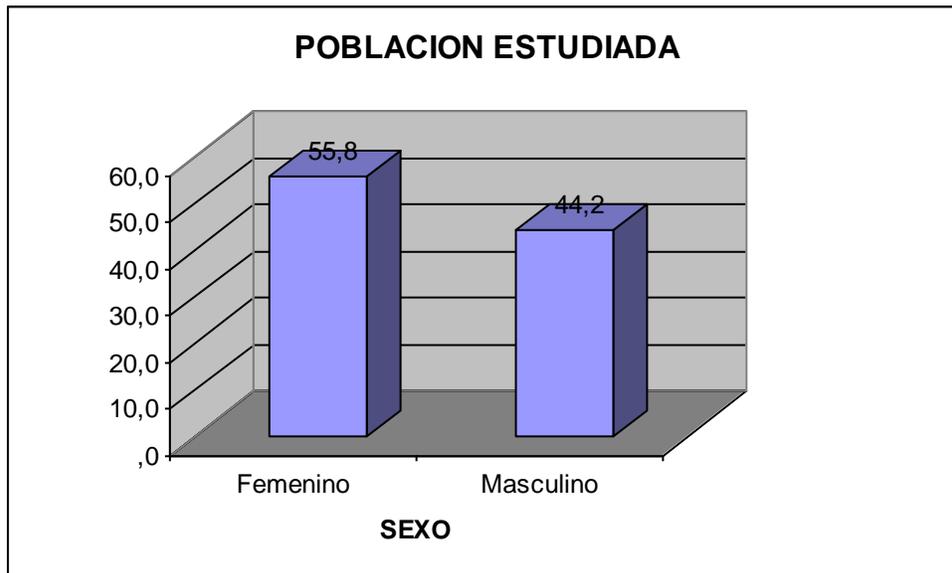
Se aplicaron 137 cuestionarios a profesionistas tanto médicos como no médicos de distintas instituciones, de los cuales se eliminaron 17 por no cumplir con los criterios establecidos en material y métodos.

De la población estudiada fueron 55.8% del sexo femenino y 44.2% del sexo masculino; en cuanto a su estado civil el 76.7% eran solteros, 20.8 eran casados y sólo el 1.7% se encontraban en unión libre, con 0.8% fue divorciado; en cuanto al número de hijos el 86% no tenía, 11.7% tenía en promedio 2 hijos y sólo 1.7% tenía más de 2 hijos.

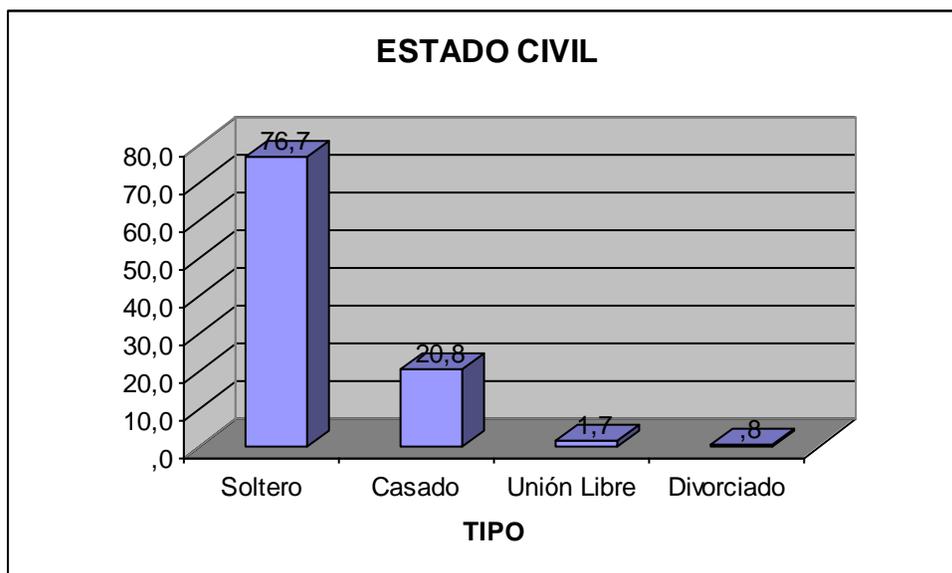
Destacando el rango de edad que fue de 27.2 ± 2.9 años, con un promedio de años de estudio de 17.6 ± 1.9 años.

“PRESENCIA DE ESTIGMA HACIA LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL ENTRE GRUPOS DISTINTOS DE PROFESIONISTAS MÉDICOS Y NO MÉDICOS”.

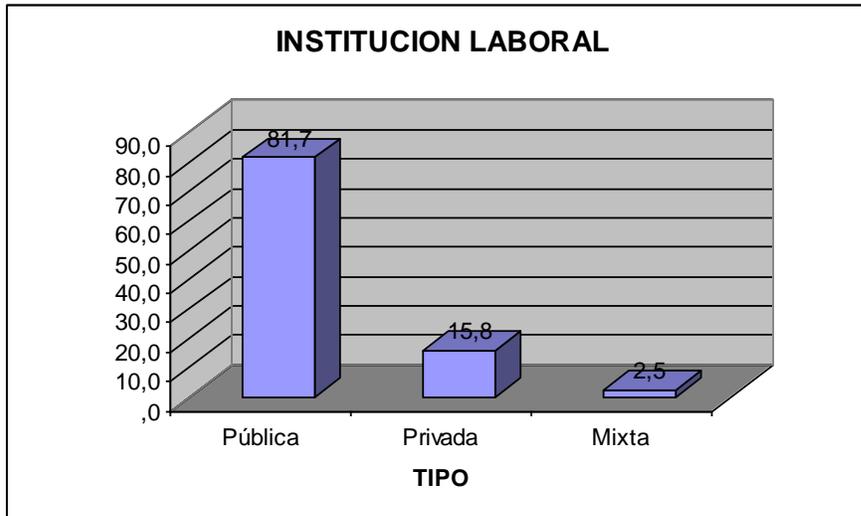
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	67	55.8%
MASCULINO	53	44.2%
TOTAL	120	100.00%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	25	20.80%
SOLTERO	92	76.70%
UNION LIBRE	2	1.70%
DIVORCIADO	1	0.80%
VIUDO	0	0%
TOTAL	120	100%
NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	104	86.7%
1-2	14	11.7%
Más de 2	2	1.7%
TOTAL	120	100%
INSTITUCIÓN LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUBLICA	98	81.7%
PRIVADA	19	15.8%
AMBAS	3	2.5%
TOTAL	120	100%



GRÁFICA 2



GRÁFICA 3.



En cuanto al cruce de variables entre profesión y las diferentes subescalas sobre la actitud hacia la enfermedad, los resultados fueron: profesión y autoritarismo $\chi^2= 87.45$, $gl=60$, $p<0.01$, profesión y benevolencia $\chi^2= 76.19$, $gl=51$, $p<0.01$, profesión y restrictividad social $\chi^2= 114.46$, $gl=66$, $p<0.01$, profesión e ideología de la comunidad $\chi^2= 85.88$, $gl=57$, $p<0.01$.

Los mismos datos (crudos), se analizaron con ANOVA, donde reportaron la significancia de las diferencias de medias por cada subescala y grupo de estudio: Autoritarismo ANOVA= 118.7, $gl= 3$, $F= 1.622$, $p< 0.188$; Benevolencia ANOVA= 264.09, $gl= 3$, $F= 6.772$, $p< 0.000$; Restrictividad Social ANOVA= 306.958, $gl= 3$, $F= 3.186$, $p< 0.026$; Ideología de la Comunidad ANOVA= 247.42, $gl= 3$, $F= 3.844$, $p< 0.012$. En cuanto a la suma de Autoritarismo más Restrictividad Social se obtienen ANOVA= 582.825, $gl= 3$, $F=2.462$, $p< 0.066$; Benevolencia más Ideología de la Comunidad ANOVA= 821.0, $gl= 3$, $F= 5.564$, $p< 0.001$.

TABLA 2.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
AUTORITARISMO	Inter-grupos	118.700	3	39.567	1.622	.188
	Intra-grupos	2829.667	116	24.394		
	Total	2948.367	119			
BENEVOLENCIA	Inter-grupos	264.092	3	88.031	6.772	.000
	Intra-grupos	1507.900	116	12.999		
	Total	1771.992	119			
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	Inter-grupos	306.958	3	102.319	3.186	.026
	Intra-grupos	3725.633	116	32.118		
	Total	4032.592	119			
IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD	Inter-grupos	247.425	3	82.475	3.844	.012
	Intra-grupos	2488.900	116	21.456		
	Total	2736.325	119			
Autoritarismo + Restrictividad Social	Inter-grupos	582.825	3	194.275	2.462	.066
	Intra-grupos	9152.500	116	78.901		
	Total	9735.325	119			
Benevolencia + Ideología de la comunidad	Inter-grupos	821.000	3	273.667	5.564	.001
	Intra-grupos	5705.667	116	49.187		
	Total	6526.667	119			

Destacando entonces que dichos datos mostraron que en la subescala de autoritarismo no existen diferencias significativas a diferencia de lo que ocurre en las otras subescalas.

Se decidió realizar de igual manera pruebas consideradas robustas para reafirmar los resultados previamente obtenidos y mejorar la validez en cuanto a la significancia estadística que han demostrado.

TABLA 3.

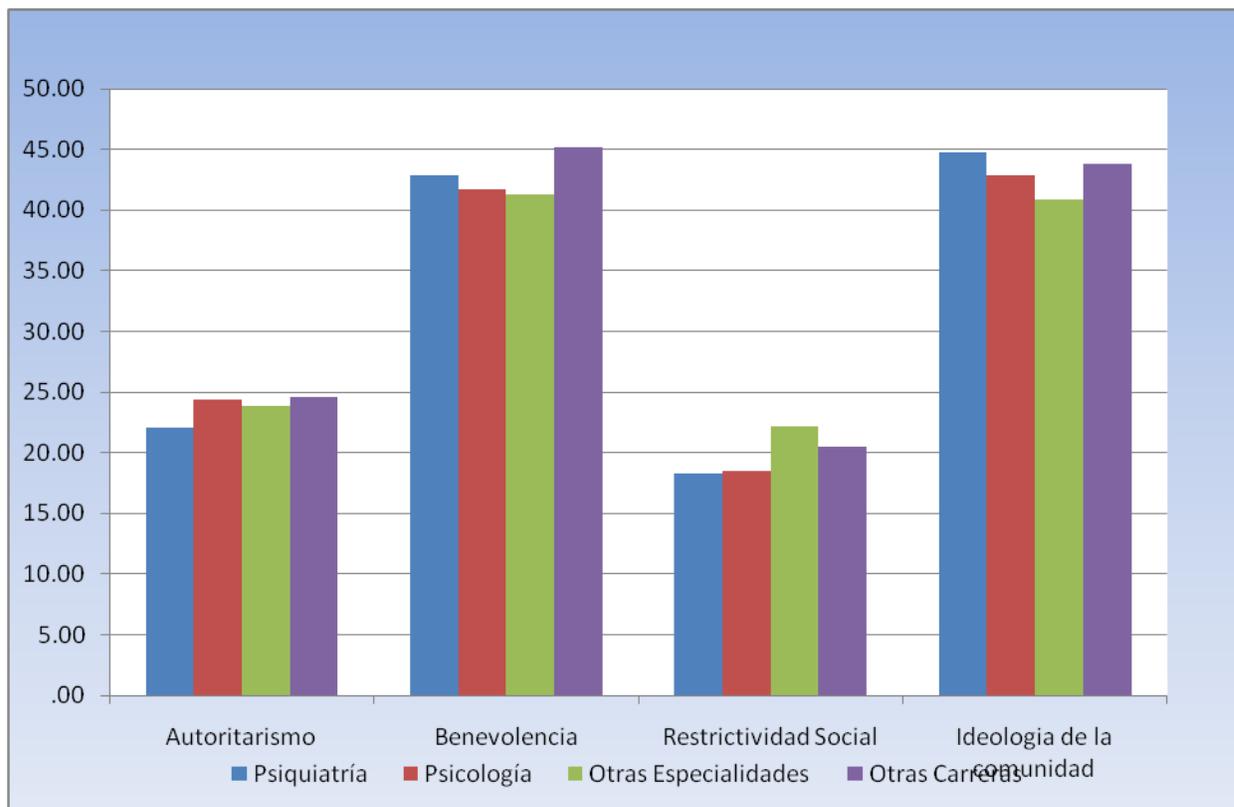
Pruebas robustas de igualdad de las medias					
		Estadística	gl1	gl2	Sig.
AUTORITARISMO	Welch	4.316	3	60.433	.008
	Brown-Forsythe	1.622	3	73.009	.192
BENEVOLENCIA	Welch	6.718	3	63.553	.001
	Brown-Forsythe	6.772	3	102.462	.000
RESTRICTIVIDAD SOCIAL	Welch	2.818	3	62.463	.046
	Brown-Forsythe	3.186	3	95.619	.027
IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD	Welch	3.191	3	64.054	.029
	Brown-Forsythe	3.844	3	106.513	.012
Autoritarismo + Restrictividad Social	Welch	2.993	3	61.662	.038
	Brown-Forsythe	2.462	3	82.716	.068
Benevolencia + Ideología de la comunidad	Welch	5.057	3	64.001	.003
	Brown-Forsythe	5.564	3	109.583	.001

Se hizo una comparación final tomando en cuenta los promedios en cada una de las subescalas obtenido en cada grupo de profesionistas, que se observa de manera más directa en la gráfica 4.

TABLA 4.

GRUPO	AUTORITARISMO	BENEVOLENCIA	RESTRICTIVIDAD SOCIAL	IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD
Psiquiatría	22.07	42.87	18.27	44.77
Psicología	24.33	41.70	18.50	42.90
Otras Especialidades Médicas	23.83	41.33	22.20	40.87
Otras Carreras	24.63	45.13	20.47	43.77

GRÁFICA 4.



En las otras variables no se encontraron diferencias significativas.

XI. DISCUSIÓN

A lo largo de la historia las enfermedades mentales han existido en las diversas sociedades, sin distinción de raza, sexo, nivel económico y educativo; vemos que hasta la actualidad tanto la atención a enfermedades mentales como el propio paciente siguen siendo estigmatizados; definitivamente es la sociedad quién establece los medios para categorizar y estigmatizar a las personas que se encuentran fuera de las normas establecidas en la estructura social, incluso podríamos decir que al estar ante un extraño, las propias apariencias nos permiten prever en qué categoría se encuentra, orientarnos y posteriormente transformar ese mismo pensamiento en una imagen desfavorable asignándole el estigma propiamente dicho.

Así pues, este fue un estudio que comparó la presencia o no de estigma hacia la enfermedad mental en distintos profesionistas, incluyendo un total de 120 participantes, donde al analizar los resultados totales se corroboró nuestra hipótesis y además como son distintas las actitudes hacia el enfermo mental en cada grupo evaluado.

Al analizar los rangos de actitudes de nuestra población estudiada, se obtuvo que tanto en subescalas de autoritarismo y restrictividad social persiste una posición desfavorable haciendo más constante el estigma; datos que difieren de la investigación de Alba en 1996, donde se reportaba que a mayor nivel educativo era más favorable la actitud hacia el enfermo mental. Es importante comentar otro dato en nuestro entorno que es el que los médicos en contacto con la salud mental tuvieron un alto grado de restrictividad social, situación que concuerda con reporte anterior de Lozano en 1991, y que obviamente debiera esperarse lo contrario.

Además parece ser muy importante tener contacto previo con algún paciente psiquiátrico esto denotado en nuestros resultados donde por ejemplo en subescalas de benevolencia e ideología de la comunidad se obtuvo una actitud positiva tanto en el grupo de médicos en contacto con la salud mental así como en personal de psicología; esto por lo referido en estudio previo de Arboleda-Flores en 2003, donde destacaba el considerar peligroso a un paciente con enfermedad mental, generalmente siendo éstas personas que no tenían mayor vínculo con este tipo de pacientes y prefiriendo mantenerlo alejado del resto de la sociedad.

Destaca en el grupo de profesionistas no médicos ajenos a la salud mental la persistencia del estigma primordialmente en cuanto la restrictividad social que difiere del estudio de Suárez en 1991, por lo que así podemos entender que hasta la actualidad en ocasiones todavía los pacientes psiquiátricos son vistos como una amenaza, limitando su funcionamiento global.

La relación entre grupos mostró diferencias significativas en tres subescalas tanto en benevolencia, restrictividad social e ideología de la comunidad, que difiere con lo reportado por Montesinos en 1987; sólo en el caso de autoritarismo resalta que no hubo significancia, dato que nos invita a la reflexión porque se mantiene la visión global de que el enfermo mental pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.

Definiendo así que entre las distintas profesiones existen diferencias significativas en cuanto a la actitud hacia la enfermedad mental, y más que nada persiste una actitud negativa hacia el paciente psiquiátrico, continuando el estigma para este tipo de pacientes y definitivamente dicha situación destaca aún en el personal médico que se encuentra dentro del área de la salud mental, lo que resulta preocupante, siendo trascendental buscar modificar dicha situación...

XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las mayores limitaciones o sesgos de este estudio residen en la veracidad de respuestas de los encuestados, la cual puede verse alterada por tratar de ser más condescendientes con el enfermo mental, así como por el nivel de información que se tenga al respecto de la enfermedad mental.

XIII. CONCLUSIONES

Mirando el presente y sobre todo hacia el futuro, no es posible permanecer ajeno a un problema que es intrínseco a nuestra sociedad, a una realidad que niega el rompimiento de la identidad, la pérdida de valores y lo principal el estigma de la enfermedad mental sólo por tener un profundo desconocimiento de lo que son los trastornos mentales, así vemos como los pacientes psiquiátricos son vistos con indiferencia por las demás personas y por su propia sociedad que los excluye día a día.

Los servicios de salud en general y específicamente los servicios de salud mental deben jugar un papel importante no sólo en brindar atención, identificar y dar tratamiento, sino que además deben proporcionar información y educación a la población incluyendo los diversos sectores de la misma.

Finalmente, a partir del análisis de los datos recogidos, se pueden hacer las siguientes recomendaciones para disminuir el estigma, que como se ha visto se mantiene totalmente vigente hacia la enfermedad mental.

- a) Se debe profundizar e incrementar las medidas de apoyo a la integración laboral y social de las personas con enfermedad mental crónica.
- b) Mejorar las estrategias de afrontamiento al estigma en personas que padecen una enfermedad mental y sus familiares mediante intervenciones específicas.
- c) Mejorar la información para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento.
- d) Mejorar la información en población general a través de campañas generales y específicas, centradas en la divulgación de la realidad actual de la enfermedad mental y las posibilidades reales de rehabilitación, tratamiento e integración social, diferenciando adecuadamente la enfermedad mental de otras condiciones de dependencia.
- e) Es necesario elaborar y difundir manuales y normas específicas destinadas a medios de comunicación para el tratamiento de los términos relacionados con la enfermedad mental.
- f) Apoyar la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alba NR. Actitudes hacia la enfermedad mental entre los diferentes miembros del equipo interdisciplinario. Tesis. UNAM, 1996. 1-27.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull*, 2004; 30, 4:1049-1061.
3. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 2003; 48, 10:663-668.
4. Angermeyer MC, Matschinger H. Labelling–stereotype–discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40, 5:391-395.
5. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 2006; 113:163-179.
6. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 645-650.
7. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 80:1-12.
8. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry*, 1993, 162:93-108.
9. Casco M. La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*.1987. 10 (2): 41-52.
10. Clark T, Rowe R. Violence, stigma and psychiatric diagnosis: the effects of a history of violence on psychiatric diagnosis. *Psychiatr Bull*, 2006, 30:254-256.
11. Cohen J, Struening E. Opinions about mental illness in the personal of two large mental hospitals. *J Abnor soc Psych*. 1967, 64(3): 349-360.
12. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*, 2004, 30, 3:481-491.
13. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002, 1, 1:16-20.
14. Corrigan P, Thompson V, Lambert D. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 2003, 54, 8:1105-1110.
15. Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv*, 2005, 56, 5:551-556.
16. Crisp A. The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry*, 2001, 178:197-199.
17. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Melzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of

- people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 2000, 177:4-7.
18. Ertugrul A, Ulu B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:13-17.
 19. Fazio RH, Olson MA. Attitudes: foundations, functions, and consequences. En: Hogg MA, Cooper J (Ed). *The Sage handbook of Social Psychology*. London, Sage, 2003:139-160.
 20. Gray AJ. Stigma in Psychiatry. *J R Soc Med*, 2002, 95:72-76.
 21. Gofman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
 22. Haghigat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*, 2001, 178:207-215.
 23. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 4:345-354.
 24. Hinshaw SP, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Dev Psychopathol*. 2000, 12, 4:555-98.
 25. Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2005, 2, 7:597-599.
 26. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler. Do mental health professionals stigmatize their patients?. *Acta Psychiatr Scand*, 2006, 113 (Suppl 429):51-59.
 27. Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?*. London, Wiley & Sons, 1997.
 28. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, 1999, 89, 9:1328-1333.
 29. Link BG, Yang LH, Phelan J, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 2004, 30, 3:511-541.
 30. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 2006.
 31. Lozano G. Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y de otras especialidades. Tesis, UNAM. 1991; 1-13.
 32. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C. Perception of patient's unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004, 39:410-416.
 33. Man CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr serv*, 2001, 55, 2:185-187.
 34. Marichal F, Quiles MN. El estudio del estigma desde la atribución causal. *Revista de Psicología Social*, 1998, 13, 3:503-511.
 35. Marichal F, Quiles MN. La organización del estigma en categorías. Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 2000, 12, 3:458-465.
 36. Montesinos BE. Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de primer y tercer año del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis. UNAM

- 1987, 1-18.
37. Nátera G. Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 1986; 9 (2):68-75.
 38. Parra F. Social tolerance of the mentally ill in the Mexican American community. *The International Journal of Social Psychiatry*. 1985, 31:37-45.
 39. Penn DL, Wykes T. Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3:203-208.
 40. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's views of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*, 1999, 89, 9:1339-1345.
 41. Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998, 33 Suppl 1: S7-S12.
 42. Ruiz M, Serrano V, Sánchez E. Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat*, 1988, 16, 4:285-293.
 43. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 2005, 20:529-539.
 44. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, 2002, 324:1470-1471.
 45. Shih M. Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 2004, 591:175-185.
 46. Sieff EM. Media frames of mental illnesses: the potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3:259-269.
 47. Stefani D. Actitudes hacia la enfermedad mental. *Rev Psicol Gen Aplic* 1976, 31 (139): 211-234.
 48. Stout PS, Villegas J, Jennings NA. Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull*, 2004, 30, 3:543-561.
 49. Stuart H. Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *Can J Psychiatry*, 2003, 48, 10:651-656.
 50. Suárez J. Actitudes hacia la enfermedad mental en personal de enfermería de un hospital psiquiátrico. Tesis. UNAM, 1991. 1-21.
 51. Taylor MJ. Attitudes toward mentally ill a reactions to mental health facilities. *Soc Sy Med*, 1979. 13:281-290.
 52. Taylor MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bull*. 1981, 7 (2): 225-239.

53. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Flórez, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002, 37:475-482.
54. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry*, 1996, 168:183-190.
55. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, WHO, 2001.
56. World Psychiatric association. *The WPA global program to reduce stigma and discrimination because schizophrenia*. 2005.

XV. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D.F, Tlalpan, 2010

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación clínica titulado “PRESENCIA DE ESTIGMA HACIA LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL ENTRE GRUPOS DISTINTOS DE PROFESIONISTAS MÉDICOS Y NO MÉDICOS”.

Registrado y aceptado por el Comité Local de Investigación en salud del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Cuyo objetivo es: determinar si existe estigma hacia pacientes enfermedad mental entre grupos distintos de profesionistas, evaluando a personal de salud así como personal no relacionado con ella.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en caso de aceptar: firmar la Carta de Consentimiento Informado, contestar una ficha de datos sociodemográficos así como el cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: ninguno a consideración del investigador principal.

Beneficios: conocer la puntuación obtenida en el cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental así como relación con datos sociodemográficos.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación..

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la labor médica que realizó dentro de mi institución.

El investigador responsable me garantiza la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADO

DR. ALFREDO LICONA MARTINEZ C.P. 4784769
NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

En caso de dudas o comentarios acerca del estudio favor de comunicarse al 5537861032.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por favor lea y conteste lo más honestamente posible la siguiente encuesta, las respuestas se manejarán en forma confidencial.

- NOMBRE: _____ SEXO: FEMENINO MASCULINO
- EDAD: _____ ESPECIALIDAD O PROFESIÓN: _____.
- GRADO ALCANZADO _____ INSTITUCIÓN: _____.
- ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO UNION LIBRE DIVORCIADO
- R1 R2 R3 R4 OTRO _____.
- TIENE ALGUN FAMILIAR CON ENFERMEDAD MENTAL DIAGNOSTICADA: SI NO
- TIENE HIJOS: NINGUNO 1-2 MAS DE DOS
- PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: SI NO
- AMBITO LABORAL EN QUE SE DESEMPEÑA: INSTITUCIONAL PRIVADO AMBOS

CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (Taylor)

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija la respuesta más adecuada a lo que piensa, COLOCANDO ENSEGUIDA DE LA PREGUNTA LA OPCION MAS ADECUADA:

- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
-
1. En cuanto una persona parece estar enferma mentalmente pienso que se le debe hospitalizar. ()
 2. Creo que el gobierno debería dar más dinero para el tratamiento y cuidado de los enfermos mentales. ()
 3. Pienso que los enfermos mentales deberían ser aislados del resto de la comunidad. ()
 4. La mejor ayuda para muchos enfermos mentales es que se queden dentro de su propia comunidad. ()
 5. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra. ()
 6. Los enfermos mentales creo que son una carga para la comunidad()
 7. Los enfermos mentales son menos peligrosos que lo que la gente supone ()
 8. El que exista centros u hospitales para tratar enfermos mentales en mi colonia, pienso que la desprestigia. ()
 9. Creo que hay algo en los enfermos mentales que hace que se diferencian del resto de la gente. ()
 10. Pienso que se burlan de los enfermos mentales. ()
 11. Sería tonto(a) si me caso con un hombre o mujer que hubiera estado enfermo mentalmente, aunque ya estuviera totalmente recuperado. ()
 12. Los centros de la misma comunidad creo que deberían de dar los servicios necesarios de salud mental. ()
 13. Se debería de cuidar menos al público de los enfermos mentales. ()
 14. Es un desperdicio de nuestros impuestos aumentar el gasto en servicios de salud mental ()
 15. Nadie tiene el derecho de separar al enfermo mental de su comunidad. ()
 16. Pienso que existe un alto riesgo en la colonia cuando hay enfermos mentales viviendo aquí, aún cuando esto ayude a tratarlos. ()
 17. A los enfermos mentales se les debe tratar con el mismo tipo de control que a los niños pequeños. ()
 18. Considero que debemos ser más pacientes con los enfermos mentales de nuestra comunidad. ()
 19. Vivir junto a un vecino que hubiera estado enfermo(a) mentalmente me sería desagradable. ()

20. Los habitantes de mi comunidad deberían aceptar que haya servicios de salud mental en mi colonia para atender las necesidades de ésta. ()
21. A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad. ()
22. Considero que hay suficientes servicios de salud mental para los enfermos mentales. ()
23. A los enfermos mentales se les debe ayudar a tomar responsabilidades en la vida normal. ()
24. Los vecinos tenemos razones para no querer que haya un servicio de salud mental en nuestra colonia. ()
25. Considero que lo mejor para el enfermo mental es encerrarlo. ()
26. Los hospitales psiquiátricos parecen más bien prisiones que lugares donde se puede cuidar de los enfermos mentales ()
27. Cualquiera que haya tenido problemas mentales en su pasado, no debería de ocupar un cargo público u oficial. ()
28. Tener servicios de salud mental en la colonia, no pone en peligro a los habitantes de mi colonia. ()
29. Los hospitales psiquiátricos o mentales es una forma anticuada de tratar al enfermo mental. ()
30. Los enfermos mentales no merecen nuestra simpatía. ()
31. Me parece que los enfermos mentales deben tener los mismos derechos que otras personas. ()
32. Los hospitales o centros de salud mental, deberían estar lejos de la colonia donde vivimos. ()
33. Una de las causas principales de la enfermedad mental, son el poco orden y la falta de voluntad. ()
34. Considero que todos tenemos la responsabilidad de dar el mejor cuidado posible a los enfermos mentales. ()
35. Yo pienso que a los enfermos mentales se les debe de quitar toda responsabilidad. ()
36. Creo que no debemos temer a personas que vengan a los centros de salud mental que están en nuestra colonia. ()
37. Cualquier persona puede volverse un enfermo mental. ()
38. Creo que es mejor evitar cualquier persona que tenga problemas mentales. ()
39. Considero que podríamos confiarle el cuidado de nuestros hijos a la mayoría de las mujeres aunque alguna vez hayan sido pacientes en un hospital psiquiátrico()
40. Da miedo la idea de pensar que gente con problemas mentales vivan en nuestra colonia. ().